

## 事業所別被保険者台帳提供依頼書

|          |   |
|----------|---|
| 適用事業所番号  | —   |
| 照会区分 (※) | 編集区分 (出力順)                                  |
| 1 取得中の者  | 1 被保険者番号順<br>2 氏名の50音順<br>3 取得日順<br>5 生年月日順 |
| 使用目的     | 1 被保険者の在籍確認のため<br>2 その他                     |
| 他に必要な書類  | 1 ヘッダー1<br>2 ヘッダー2<br>3 適用事業所設置届事業主控        |

上記の事業所の雇用保険の被保険者関係手続きの確認のため、当該事業所の事業所別被保険者台帳を提供いただくようお願いします。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

事業所 所在地

名 称

代表者名

⑤

電話番号

(安定所保有の情報を提供する手続きのため、事業主印を省略することはできません)

|                |                      |     |         |
|----------------|----------------------|-----|---------|
| 社会保険労<br>務士記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
|                |                      |     |         |

※令和元年10月以降、個人情報取扱いの適正化により、現在取得中の被保険者に関する情報以外は提供することができなくなっております。

| 決済欄 |    |   |
|-----|----|---|
| 課長  | 係長 | 係 |
|     |    |   |